RAPPORT

DE LA

COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES MÉMOIRES

ENVOYÉS EN RÉPONSE A LA QUESTION

PROPOSÉE

PAR L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b29344827

(16)

RAPPORT

DE LA

COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES MÉMOIRES

ENVOYÉS EN RÉPONSE A LA QUESTION

PROPOSÉE

PAR L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES,

LU DANS LA SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1847;

PAR

M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS,

Membre titulaire de l'Académie.

BRUXELLES,

J.-B. DE MORTIER, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE,

RUE LÉOPOLD, 84, FAUBOURG DE NAMUR.

1847

(*Extrait du Bulletin de l'Académe royale de Médecine de Belgique*, tom. VI, p. 657.)

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

RAPPORT

DE LA

COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES MÉMOIRES

ENVOYÉS EN RÉPONSE A LA QUESTION

PROPOSÉE

PAR L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES,

LU DANS LA SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1847;

PAR M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS,

Membre titulaire de l'Académie (1).

Messieurs,

Parmi les questions que vous avez proposées pour sujet de prix, il en est une de la plus haute importance et à l'examen de laquelle l'Académie s'est elle-même déjà livrée. C'est celle qui est relative au traitement des fractures des membres.

Malgré les perfectionnements apportés à cette partie de la thérapeutique chirurgicale, les praticiens ne sont pas généralement d'accord sur la méthode qui doit obtenir la préférence, et sur l'époque à laquelle l'appareil dont on a fait choix doit être appliqué, tant dans les fractures simples que dans les fractures compliquées et comminutives. Vous avez, Messieurs, voulu contribuer à la solution de cette intéressante question, en la mettant au concours; elle était formulée dans les termes suivants :

« Énumérer les divers traitements qui ont été successivement proposés dans les fractures des extrémités; faire ressortir leurs avantages relatifs, et indiquer quels sont les traitements qui doivent obtenir aujourd'hui la préférence. »

---

(1) La Commission était composée de MM. Verbeeck, De Lavacherie, Seutin, Lutens et Marinus, rapporteur.

Deux Mémoires vous sont parvenus en réponse, et vous avez chargé une Commission spéciale, dont je suis l'organe, de les examiner et de vous en faire un rapport.

Pour nous acquitter de notre tâche, et vous mettre à même d'apprécier le mérite respectif de ces travaux, nous allons, par une analyse succincte, mais complète, exposer la marche suivie par les concurrents, les opinions qu'ils soutiennent et la doctrine qu'ils défendent. Nous n'omettrons rien de ce qui puisse être digne de votre attention, et nous soumettrons à votre jugement les réflexions que nous croirons devoir faire dans l'intérêt de la science et de la vérité.

Le Mémoire coté n° 1, porte pour épigraphe : « *La simplicité d'un instrument est presque toujours la mesure de sa perfection* (Desault).

Après quelques considérations sur la marche progressive imprimée à la chirurgie, et particulièrement à la thérapeutique des fractures, depuis Hippocrate jusqu'à nous, l'auteur, avant d'entrer en matière, s'arrête un instant sur la valeur des termes des questions qu'il va examiner : 1° les *fractures simples*, constituées par la division en deux fragments de l'os ou des os d'une portion des membres; 2° les *fractures compliquées* de la lésion des autres parties voisines (vaisseaux, nerfs, etc.), ou de celle d'un organe éloigné (viscères), ou bien enfin d'une modification morbide de l'économie entière ; division qui indique de suite que les soins thérapeutiques devront varier dans l'un et dans l'autre cas. De là, la division du Mémoire en deux parties distinctes : dans la première, l'auteur traite de la thérapeutique des fractures simples, et dans la seconde, de celle des fractures compliquées.

Dans la première partie, qui comporte un chapitre subdivisé en trois articles, l'auteur expose d'abord l'histoire des moyens successivement mis en usage dans le traitement des fractures, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Il rappelle que la *réduction* des

fragments immédiatement après l'accident, était, pour les anciens, une indication à laquelle ils attachaient la plus haute et la plus juste importance, et que, pour la remplir, on s'est servi aux principales époques de la chirurgie, des mains d'aides seulement, à l'exception d'Hippocrate, de Celse et des Arabes, qui avaient recours à de puissantes machines ; que le mode de *contention* des fractures a varié à diverses époques, depuis la position du membre dans *l'extension,* recommandée par presque tous les auteurs, la *flexion*, préconisée par B. Bell, Earle, Dupuytren, Delpech, etc., les *bandes roulées,* les bandelettes séparées de Scultet, le bandage à dix-huit chefs de Pott, les attelles en bois, en fer, en carton, les boîtes, les gouttières et les étuis en bois, en cuir, etc., les appareils mécaniques, les tractions continues, jusqu'à la *suspension,* entrevue par Guy de Chauliac et Ravaton, mais formulée et vulgarisée par Sauter et Mayor, et *l'immobilité continue* « connue des anciens, retrouvée par Moscati et Larrey, réhabilitée par Seutin et perfectionnée par Lafargue, Dieffenbach, etc. »

Après ces considérations historiques, qui ne sont pas toujours d'une rigoureuse exactitude, quant au mode de confection des appareils, surtout pour ce qui a trait au bandage amidonné, classé erronément parmi les appareils à immobilité continue, l'auteur passe à l'examen des avantages relatifs des divers traitements proposés. Il commence par rappeler que le traitement des fractures comporte trois indications générales : la réduction, la contention, et la curation ou les soins propres à combattre les circonstances capables d'empêcher les efforts de l'économie pour la guérison de la blessure. Il expose les préceptes généralement suivis pour procéder à la réduction et obtenir une bonne coaptation des surfaces divisées. La contention, ou le maintien des fragments dans leur position normale jusqu'à ce que la nature en ait opéré la réunion, s'obtient par des moyens *simplement contentifs*. Elle s'obtient aussi par *l'immobilité*

continue et relative ou l'emploi des appareils inamovible et amovo-inamovible, dans les circonstances, où malgré la nécessité de maintenir les fragments dans de justes rapports pendant tout le temps du traitement, il n'est pas moins utile d'éviter le séjour prolongé au lit, qui a pour effet, surtout chez les personnes âgées, d'affaiblir les fonctions principales de l'économie, de rendre les digestions pénibles et incomplètes, de produire la diarrhée, la décoloration de la peau et une sorte d'adynamie dont le cal reçoit l'influence, car alors son organisation est rarement complète. Ces fâcheux effets se remarquent également chez les individus jeunes, obligés de séjourner dans les salles d'hôpital et d'y garder la position alitée.

Il est des cas où l'action des muscles tend à détruire la coaptation déjà opérée par le praticien, comme la fracture oblique du corps du fémur, la fracture du col de cet os, celle de la rotule, etc.; on s'oppose à cette disposition par la méthode des *tractions permanentes*.

Enfin, un quatrième ordre de faits cliniques, comprend les fracturés qui ne peuvent conserver un repos continuel pendant tout le temps du traitement, soit parce qu'ils sont agités de spasmes, de tremblement, ou se livrent à des mouvements inconsidérés, soit que par leur profession ils soient obligés de continuer leurs travaux habituels, comme les hommes de cabinet, de bureau, les graveurs, les dessinateurs, etc. Il faut alors, en quelque sorte, isoler du corps le membre blessé, de manière à ce que les mouvements de celui-ci se communiquent à l'extrémité entière et non aux fragments isolément. C'est le but de la méthode dite de *suspension* ou *hyponarthécie*.

« Ces divers plans de conduite, dit l'auteur, nous semblent s'adapter à presque tous les cas de fractures simples ou compliquées; ils constituent des règles qui doivent être constamment présentes à l'esprit de l'homme de l'art, et qui lui permettent de raisonner d'avance sa manière d'agir pendant tout le cours du traitement. Bien plus, ces méthodes, bien conçues, lui font aisément saisir

les indications thérapeutiques et apprécier la valeur si diversement agitée des moyens infinis proposés à diverses époques. Ayant sans cesse en vue l'idée curative et le but à remplir, le praticien ne se laisse point éblouir par les richesses trompeuses de l'arsenal chirurgical ; il ne se laisse point dominer par les raisons, et les préceptes théoriques dont les ouvrages dogmatiques sont parsemés. Désormais ne se croyant pas esclave de telle autorité médicale, de tel appareil, de tel bandage, mais de l'idée-mère du traitement ou de la méthode thérapeutique, il ne croit plus indispensables certaines pièces de pansement, et a recours à ce qui se trouve à sa disposition pour remplir l'indication. Loin de croire à la nécessité d'attelles fabriquées comme les livres ou les cours théoriques nous le prescrivent, il les admet ou les rejette suivant le cas. S'agit-il, par exemple, des fractures de la cuisse, il voit d'abord la manière générale de parvenir à la consolidation régulière; il choisit, dans ce but, parmi les nombreux appareils proposés, celui qui lui paraît satisfaire à l'indication thérapeutique. »

Voilà, Messieurs, comment l'auteur fait l'appréciation des moyens contentifs recommandés dans le traitement des fractures ; vous ne lui reprocherez pas, assurément, d'être exclusif, car il les admet tous en les adaptant chacun aux cas qui lui paraissent devoir en réclamer l'emploi. Mais poursuivons notre analyse.

L'auteur s'occupe ensuite de la position à donner au membre fracturé, qui est une des premières conditions à satisfaire. Il examine l'action de la demi-flexion, de l'extension, etc., sur les fragments osseux, et indique celle de ces positions qu'il faut adopter selon l'os fracturé. Pour appuyer les préceptes qu'il donne, il rapporte deux observations de fractures, l'une de la cuisse, l'autre de la jambe, qui n'offrent sous d'autres rapports, rien d'intéressant.

Il rejette les topiques et les emplâtres employés par les anciens avant l'application de l'appareil, et recommande l'usage de l'eau végéto-minérale en fomentation,

pour combattre l'engorgement et faciliter l'absorption du sang épanché.

Les praticiens ne sont point d'accord sur l'époque à laquelle il faut appliquer l'appareil définitif dans les fractures, et cette question a été agitée dans le sein de l'Académie à l'occasion de la méthode amovo-inamovible. C'est là un point qu'il serait important de résoudre. Les anciens appliquaient, durant le premier septenaire, un bandage composé de plusieurs couches de bandes, et après cette époque seulement, parfois après le onzième jour, ils avaient recours à l'appareil définitif avec des attelles. Galien, et après lui, Guy de Chauliac, ont appuyé cette pratique, en soutenant que la consolidation ne commence pas immédiatement, mais au bout de plusieurs jours. Se fondant sur cette remarque, qu'il a vérifiée, l'auteur du Mémoire dont nous rendons compte, dit avoir suivi, dans plusieurs cas, les préceptes du médecin de Pergame, et cite des faits dans lesquels l'appareil ne fut placé qu'au dixième jour et même plus tard. Pour mieux éclairer la question, il a entrepris des expériences sur des animaux vivants, dans le but d'étudier l'organisation et la résistance du cal. Ces expériences, qu'il expose dans tous leurs détails, ont été faites sur des chiens, sur des lapins et sur des oiseaux. L'auteur est arrivé à conclure : que chez ces animaux, la cicatrice osseuse commence vers le cinquième jour et acquiert de la résistance vers le dixième. Se basant ensuite sur quelques faits anatomo-pathologiques observés sur l'homme, il croit pouvoir avancer que la réunion des os divisés ne commence que vers le douzième jour, chez l'enfant, vers le quinzième ou le vingtième, chez l'adulte, et plus tard encore, chez le vieillard. C'est donc à ces époques que, suivant lui, les moyens de contention efficace doivent être appliqués. Ces moyens, au nombre de quatre, sont, comme nous l'avons déjà dit : 1° la contention simple ; 2° les tractions continues ; 3° l'immobilité permanente et relative ; 4° la suspension.

L'auteur entre dans des détails sur les diverses pièces dont ces appareils se composent et sur leur mode d'application.

Ce qu'il nomme *appareil à contention simple,* se compose du bandage roulé, de paillassons remplis de balle d'avoine, qu'il préfère aux autres substances à remplissage, à raison de sa sécheresse et de la mobilité qu'elle donne aux coussins ; d'attelles en bois appliquées sur ces derniers et le long du membre ; d'un drap-fanon, et de lacs servant à assujettir ces pièces d'appareil, qu'il forme avec de courtes bandes placées de manière à laisser entre elles un intervalle d'un décimètre environ. Ce mode de contention convient, selon lui, dans toutes les fractures simples en général. Appliqué seulement vers la fin du premier septenaire après l'accident, l'appareil est renouvelé tous les trois jours pendant la seconde semaine, moins souvent ensuite.

L'époque à laquelle il faut supprimer l'appareil définitif, fixée arbitrairement par les anciens, au quarantième jour, doit varier selon l'âge, la constitution, la partie fracturée, etc. ; mais l'auteur établit comme règle générale, que, chez l'adulte, le cal a acquis une solidité suffisante après le premier mois d'application, pour le membre supérieur, après le deuxième mois, pour la jambe et le pied, et après le troisième mois, pour le fémur et la rotule.

L'auteur termine ce qui est relatif au traitement des fractures par la contention simple, par des considérations pratiques touchant la raideur des articulations, l'infiltration des membres, et le régime qui convient aux malades.

Sous le nom *d'appareils inamovibles,* l'auteur confond la méthode de Larrey et celle de M. Seutin, qui, comme on le sait, offrent cependant entre elles de notables différences. Sans le décrire, il reconnaît au bandage amidonné des avantages, et il cite des cas de guérison obtenue par son emploi ; mais il lui reproche l'inconvénient d'une so-

lidification lente, tandis qu'en se servant du mélange de plâtre et d'amidon proposé par M. Lafargue, de Saint-Emilion, la dessiccation est beaucoup plus prompte.

Il a fait des expériences comparatives avec les diverses matières solidifiantes qui ont été recommandées, et aucune ne l'a mieux satisfait que l'espèce de mortier dont les chimistes se servent pour luter leurs appareils, et qui est formé de chaux et de blanc d'œuf. Au bout de deux heures, dit-il, la dureté de l'appareil imbibé de ce mélange ovo-calcaire, égale celle de la pierre. Nous ferons observer ici, qu'il n'importe pas tant que le bandage acquière une grande dureté, qui pourrait être contraire aux principes de la méthode, en produisant un contact trop rude sur le membre et une compression peut-être irrégulière. L'auteur prouve, du reste, qu'il n'a qu'une connaissance bien imparfaite de la méthode amovo-inamovible, et qu'il ignore les principes sur lesquels elle repose, son mode d'action et les perfectionnements que lui a apportés son inventeur. En effet, composer son bandage comme il le fit, (observation VIII, page 132 du Mémoire), pour une fracture de la jambe, de trois plans de bandelettes de Scultet, dont le premier fut imbibé d'eau blanche, et les deux autres d'un mélange d'amidon et de blanc d'œuf, d'attelles en carton trempées dans ce mélange, de coussins carrés et de petits coussins de balle d'avoine; laisser ce bandage en place pendant huit ou quinze jours, puis le renouveler pour suivre le retrait des chairs, au lieu de l'inciser au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures pour s'assurer de l'état des parties, ce n'est pas, vous en conviendrez, Messieurs, suivre les procédés indiqués avec tant de soin par notre collègue M. Seutin, mais c'est compromettre le succès du traitement. Qu'y a-t-il d'étonnant qu'un bandage construit de la sorte, soit resté quatre jours à se solidifier? Faire marcher les malades atteints de fractures des extrémités inférieures, à l'aide d'un bâton, et dire ensuite qu'il ne faut pas se fier à l'immobilité relative du membre,

c'est ignorer que la déambulation selon la méthode de M. Seutin, n'est permise qu'à l'aide de béquilles, le membre étant suspendu par une bande passée en écharpe ; c'est ne pas savoir que le bandage amidonné, par la compression circulaire et uniforme qu'il exerce sur tout le membre, maintient les muscles dans l'inaction et les fragments dans une immobilité telle que leur déplacement n'est pas possible. Dire enfin que MM. Velpeau, Lafargue, Dieffenbach et Riester ont *perfectionné* la méthode de M. Seutin (page 37), c'est, comme nous l'avons déjà fait remarquer, consacrer une erreur qu'il nous suffira d'avoir signalée.

Les appareils à *tractions continues,* sont constitués principalement par des attelles simples, comme celles de Desault pour la fracture du col du fémur, par des moyens mécaniques, des plans inclinés ou des pièces de linge seulement. Dans l'appréciation qu'il en fait, l'auteur conclut que tous ces appareils sont composés de trop de pièces pour conserver une harmonie permanente ; que serrés suffisamment pour produire l'effet désiré, ils déterminent des compressions dangereuses, et que si on les applique de manière à éviter ce dernier inconvénient, leur action devient illusoire ; que cependant, on peut quelquefois en faire une application utile à certaines fractures ; et que les *doubles plans inclinés* ont parfois été employés avec succès.

Les appareils à *suspension* sont la planchette de Sauter, et les appareils en fil de fer de Mathias Mayor, de Lausanne. C'est le premier de ces moyens que l'auteur préfère.

En résumé, l'auteur déclare qu'il est peu partisan des moyens compliqués, qui sont plus ingénieux qu'utiles. Il suit en cela le précepte du vieillard de Cos : « Faites peu de cas de ces bandages recherchés qui ne sont bons que pour l'ostentation ; pure superfluité dont le malade reçoit souvent le dommage. »

Après s'être occupé des fractures en général, l'auteur

procède à l'examen particulier des fractures simples. Il traite successivement, dans autant de paragraphes distincts, des fractures de la clavicule, de l'omoplate, de l'humérus, de l'avant-bras, de l'olécrâne, de l'apophyse coronoïde, du corps, du col et des condyles du fémur, de la rotule, du tibia, du péroné et des os du pied. Il passe en revue tous les appareils, tant anciens que modernes, qui ont été recommandés pour chacune de ces fractures, et indique celui qui lui paraît devoir obtenir la préférence. Il n'est point partisan exclusif de l'un appareil plutôt que de l'autre, car il fait une application raisonnée tantôt de celui-ci, tantôt de celui-là, selon les indications à remplir. Vous comprendrez, Messieurs, que nous ne pouvons entrer ici dans des détails qui dépasseraient les bornes d'un rapport; nous ferons seulement remarquer qu'à part quelques vues pratiques qui lui sont propres, l'auteur n'a fait que réunir les préceptes qui se trouvent répandus dans les traités de pathologie chirurgicale et les ouvrages périodiques.

Dans la seconde partie du Mémoire, l'auteur discute les divers traitements proposés pour combattre les complications qui accompagnent les fractures, et il établit ceux qui, dans l'état actuel de l'art, lui paraissent les plus convenables. Parmi ces complications, les unes sont *immédiates*, ou survenant au moment de la violence qui a brisé les os; les autres sont *consécutives*, ou se manifestant après les premiers jours de l'accident. Les premières comprennent les obstacles à la réduction des fragments, les plaies, les hémorragies, les esquilles, etc.; les secondes, sont l'inflammation, la gangrène, le cal vicieux, le délire nerveux, le tétanos, etc.

1° L'auteur s'élève avec force contre l'emploi des diverses machines destinées à vaincre les difficultés de la réduction dans certains cas; ce sont des instruments toujours aveugles, qui exposent à des accidents pires que ceux que l'on veut combattre. Ce n'est pas tant la force qui manque, dit-il, mais bien l'intelligence et l'adresse

des efforts extensifs et contre-extensifs. Il condamne également le conseil donné par M. Malgaigne, de maintenir la coaptation des fragments des os de la jambe à l'aide de griffes d'acier implantées dans la substance osseuse.

Dans les cas de fracture avec issue des fragments à travers les chairs, des tractions ménagées, et si elles ne suffisent pas, le débridement des téguments et des aponévroses, sont les moyens qu'il préfère. Rarement il a recours à la résection du fragment qui passe à travers les chairs.

2° L'existence d'une *plaie* apporte des indications différentes au traitement des fractures. Si elle est peu considérable, elle peut se réunir par première intention, la suppuration est à peine sensible; alors on peut sans inconvénient, avoir recours aux bandages inamovibles, et surtout à l'appareil gypso-amidonné. L'auteur cite deux faits qui viennent à l'appui de ce précepte. Si, au contraire, la solution de continuité pénètre jusqu'au foyer de la fracture, il conseille le bandage ordinaire à attelles. Il ne donne pas cependant une préférence absolue à cette dernière méthode, car il ajoute qu'on peut se servir également de la planchette de Sauter, de l'hyponarthécie de Mayor, de l'appareil en plâtre de Dieffenbach, de l'appareil de M. Bonnet, de Lyon, et en général de tous les moyens contentifs susceptibles de permettre l'inspection fréquente du membre sans devoir le soulever ni le déplacer. Il ne dit pas un mot de l'appareil amovo-inamovible qui, comme vous le savez, réunit à un haut degré tous ces avantages, ce qui est une nouvelle preuve qu'il n'en a point une juste idée.

3° Les blessures des *vaisseaux sanguins* réclament les moyens hémostatiques ordinaires, si la plaie des parties molles n'est pas considérable. Des artérioles sont-elles ouvertes, on les oblitère par les réfrigérants, les astringents, la torsion, la ligature même, aidés par la

compression au moyen du bandage de Theden ou de Scultet. Si la solution de continuité est étendue et l'hémorragie fournie par une artère secondaire, comme les perforantes, les articulaires, la radiale, la cubitale, etc., on fait la ligature du vaisseau divisé. Si celui-ci ne peut être saisi dans la plaie même, on pratique la ligature du tronc principal, ce qui permet fréquemment de conserver le membre lésé. Enfin, si l'artère blessée est d'un volume considérable, on lie immédiatement le tronc principal au-dessus de la division.

4° Les *infiltrations sanguines* sous-cutanées qui compliquent les fractures, ne doivent pas être ouvertes ; on doit les traiter par les topiques réfrigérants et astringents, la diète et les purgatifs.

5° Les *esquilles* qui compliquent une fracture, devront être laissées en place si elles sont d'un certain volume et ont encore quelque adhérence avec les parties molles voisines ; elles devront être extraites si elles sont de petite dimension et ont perdu tout rapport de continuité avec la plaie.

6° Dans une fracture accompagnée de *luxation,* il faut réduire celle-ci immédiatement si les mains du chirurgien ont prise sur les deux fragments ; dans le cas contraire, il faut attendre la consolidation de la fracture avant de songer à la réduction de l'os luxé.

7° L'*inflammation* intense qui complique certaines fractures, doit être combattue par les émissions sanguines, chez les individus forts et robustes, et par le tartre stibié à hautes doses, chez les sujets médiocrement vigoureux ou bilieux, alors surtout qu'on ne pourra recourir aux irrigations d'eau froide dont l'auteur vante les excellents effets.

8° La *gangrène* qui complique quelquefois les fractures, peut être superficielle, peu étendue ; alors on conserve le membre lésé en favorisant la limitation et l'élimination des escarres, ainsi que le rétablissement de la circulation, par la position, les topiques et des ban-

dages convenables, et en soutenant les forces du malade. Quand elle occupe une plus large étendue, l'auteur prescrit d'être très-avare des émissions sanguines, de leur préférer l'émétique à dose rasorienne, les irrigations d'eau froide, un régime tonique, etc.

9° Dans le *délire nerveux* qui aggrave certaines fractures, l'opium à doses fortes et prolongées, lui paraît un moyen efficace, si cet accident provient d'une cause essentielle ; mais si le délire est le résultat d'une lésion permanente des nerfs par le fragment, ce médicament ne sera plus qu'un utile auxiliaire, et il faut faire la section du nerf intéressé, soit près de la fracture, soit dans un endroit éloigné.

10° Il arrive que, dans les fractures, le *cal* ne se forme point ou demeure inachevé. L'auteur propose de remédier à cet état en combattant les affections morbides qui en sont la cause, ainsi que par l'immobilité prolongée et relative du membre, le frottement des surfaces fracturées, le séton passé entre ces surfaces, la cautérisation et même la résection des bouts osseux.

11° Enfin, lorsqu'une fracture *comminutive* est accompagnée de l'attrition de toutes les parties molles environnantes, lors même que la peau ne paraîtrait pas participer à cette profonde désorganisation ; lorsque la fracture est compliquée de la déchirure des vaisseaux et des nerfs principaux du membre ; et lorsqu'une grande articulation est brisée et en même temps ouverte, l'amputation est indiquée.

Dans les cas douteux, cependant, l'auteur convient qu'il est permis de tenter d'abord la conservation du membre, surtout si le sujet est fort et vigoureux.

Le Mémoire dont il s'agit est terminé par des conclusions générales, qui résument tous les points traités par l'auteur ; nous ne les reproduirons pas ici, afin d'éviter des répétitions inutiles.

Telle est l'analyse du Mémoire n° 1, qui comporte 353 pages in 4°, et dont la lecture est extrêmement fati-

gante, parce qu'il est écrit avec peu de soins et dans un style incorrect et souvent diffus.

Vous l'aurez remarqué comme nous, Messieurs, l'auteur ne s'est pas toujours renfermé dans les termes du programme de la question proposée : il a traité des sujets qui n'en faisaient pas rigoureusement partie, tandis qu'il n'a fait qu'effleurer quelques points importants ou les a passés sous silence. C'est ainsi qu'il a intercalé dans son travail une longue dissertation sur la formation du cal, contenant la relation des nombreuses expériences qu'il a entreprises à ce sujet, et cela pour prouver que l'appareil définitif des fractures ne doit pas être immédiatement appliqué. C'est ainsi qu'il a traité d'une manière spéciale les fractures des membres, d'après leur siége topographique, tandis que dans la partie consacrée au traitement des fractures compliquées, et la plus intéressante, il n'a pas dit un mot de l'emploi des appareils, de leur utilité ou de leurs inconvénients, et s'est borné à l'examen des moyens propres à combattre les complications.

En général, il s'est beaucoup plus attaché à énumérer les divers traitements successivement proposés, qu'à faire une appréciation raisonnée de leur mode d'action, de leurs avantages et de leurs inconvénients, seul moyen cependant d'arriver à connaître ceux qui doivent mériter la préférence. C'était particulièrement les appareils à pansements renouvelés et ceux dits inamovibles et amovo-inamovibles, qui devaient être examinés, afin de fixer les praticiens sur la méthode qui doit avoir aujourd'hui la prééminence sur les autres. C'était aussi la question de l'application immédiate de l'appareil qui devait être discutée, parce qu'elle divise encore les chirurgiens. Sous ces rapports, vous le reconnaîtrez avec nous, l'auteur du Mémoire n'a pas fait faire un pas à la science ; toutes les méthodes ont leur côté avantageux, et dominé par un esprit éminemment éclectique, il fait un choix parmi elles, et les approprie, l'une après l'autre,

aux circonstances qui se présentent. Le point relatif au traitement des fractures compliquées ou comminutives par la méthode amovo-inamovible, qui a tant occupé l'Académie, a été ici complétement négligé.

Malgré ces lacunes, et quoique renfermant quelques erreurs historiques, le travail dont il s'agit est un résumé assez complet de nos connaissances théoriques et pratiques sur la matière, auquel sont ajoutés de nombreux faits cliniques. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas mieux saisi la portée de la question, car, avec le talent dont il a fait preuve, il y eût certainement répondu d'une manière plus satisfaisante.

Le Mémoire n° 2 a pour devise : « *Les avantages relatifs des appareils ont jusqu'ici tout compliqué et causé tous nos doutes et nos désaccords. Il ne suffit pas, en effet, que tel appareil remplisse mieux qu'un autre telle indication : pour atteindre vraiment le but, il faut qu'il les remplisse toutes et le mieux possible.* »

L'auteur annonce tout d'abord, dans sa préface, qu'il vient combattre l'appareil amidonné dans le pays qui l'a vu naître, et soutenir des principes en opposition avec ceux généralement reçus, principes qui sont fondés sur une combinaison appropriée des forces dynamiques dont l'art peut disposer.

Son travail est divisé en deux parties : dans la première, qui est consacrée au traitement des fractures en général, il commence par examiner quelles sont les forces mécaniques employées à la contention des fractures depuis l'origine de la science jusqu'à nous. Il en trouve quatre, savoir :

1° La *striction*, la plus ancienne de toutes, seule action dont sont doués les appareils les plus anciens, ceux même qui datent d'avant Hippocrate, jusqu'à celui de Scultet et ceux dits inamovibles et amovo-inamovibles.

2° L'*extension* et la *contre-extension directes*, nouvelle force ajoutée à la précédente, que de tout temps on a reconnu insuffisante pour maintenir les fragments

dans leurs justes rapports dans les cas de fractures obliques ou suivies de raccourcissement. Telles sont les diverses machines inventées depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, l'attelle de Desault, celle de Boyer, etc., qui offrent toutes l'inconvénient d'agir au moyen d'une force inconnue qui ne peut pas être convenablement graduée et qui comprime douloureusement les parties, exposées ainsi à des excoriations, à la gangrène même ; d'où suit l'impossibilité de les maintenir en place durant le temps nécessaire à la consolidation.

3° La *juxtà-position,* qui est plutôt une condition dans laquelle on place les fragments, qu'une action ou une force. C'est un agent statique capable de concourir à l'immobilité de la fracture, par les conditions d'équilibre qu'elle fournit, comme par le relâchement qu'elle détermine dans les muscles. Tels sont les plans inclinés et les divers moyens hyponarthéciques.

4° Enfin, l'*extension indirecte* ou *réfléchie,* qui est souvent la conséquence de la juxtà-position, et qui fut employée pour la première fois par Desault, en plaçant un coussin conique sous l'aisselle et en se servant ensuite du bras comme d'un levier, dans la fracture de la clavicule. L'appareil de Delpech pour les fractures du fémur, qui est le plus parfait des plans inclinés, remplit très-bien ces conditions.

Cela posé, l'auteur se demande : « Quelles sont les forces mécaniques précitées qui s'adaptent le mieux à la sensibilité de nos organes et de nos tissus, qui favorisent le plus et qui contrarient le moins les phénomènes pathologiques qui surviennent dans les phases des fractures ? »

Il pose d'abord en principe, que les puissances mécaniques dont il s'agit, peuvent toutes être inoffensives si l'on pousse peu loin leur action ou si les cas auxquels on les applique, sont simples ; mais qu'elles deviennent, les unes dangereuses, les autres fatigantes ou intolérables, si, pour obtenir l'effet désiré, on exagère leur force.

Selon lui, aucun appareil n'est doué de la double indication de protéger suffisamment par leur action mécanique l'immobilité des fragments, et de respecter la sensibilité organique. Mais avant de faire connaître comment on peut utiliser les forces dynamiques pour arriver à ce but, il examine deux points importants relatifs au traitement des fractures : faut-il toujours réduire immédiatement? Faut-il appliquer aussitôt les moyens contentifs, ou faut-il attendre plusieurs jours pour les employer?

«Ce qu'il y a de certain, dit-il, c'est que s'il faut réduire, il faut employer les moyens contentifs nécessaires; car à quoi servirait la réduction si elle n'était pas maintenue. » Les partisans de la réduction immédiate, et particulièrement ceux qui préconisent l'appareil inamovible ou le bandage amidonné, prétendent, ajoute-t-il, que la compression exercée par le bandage, loin de nuire à l'inflammation qui se prépare ou existe déjà, la modère, facilite l'absorption des liquides épanchés, sans compter que la coaptation des fragments enlève les causes d'irritation, telle que le séjour des inégalités osseuses au milieu des chairs. L'auteur partageant cette opinion, ne peut s'empêcher d'admettre qu'une réduction immédiate ne puisse avoir quelque rapport avec la réunion immédiate des plaies. Deux bouts d'os encore saignants, des lambeaux de périoste encore fraîchement déchirés, réunis et maintenus tout de suite en contact, devront, en effet, être dans des conditions plus favorables de cicatrisation et de consolidation, que ceux qui auront été éloignés pendant plusieurs jours. Il sait bien qu'il ne peut y avoir ici les mêmes inconvénients que pour une plaie extérieure exposée au contact de l'air, mais toujours est-il que l'induction la plus rigoureuse permet de croire que le rapprochement des parties sera d'autant plus propice à la réunion, qu'il sera moins éloigné de l'instant de la solution de continuité.

D'autre part, l'auteur, sans nier l'utilité de la compression, qui n'est efficace que quand elle est méthodi-

quement faite, pense que le praticien qui emploie l'appareil amidonné n'aura pas toujours la mesure exacte de cette compression ; il se demande : quelle est la main qui aura ce dynamomètre assez précis pour remplir exactement ces conditions d'habileté à chaque doloire ou à chaque bandelette? A propos d'un passage de Rhasès, qui prétendait « que les bandages ne servent à rien, et que les *solides* produisent de la douleur et de l'inflammation, » il dit que ce reproche doit être adressé à l'appareil inamovible, parce qu'il est dur et ne cède pas. » Plus loin, il dit encore : « Déjà nombre de faits malheureux sont venus justifier ces prévisions, et pour notre part nous pourrions y en ajouter quelques-uns, mais nous nous bornons à en citer deux. » Dans le premier de ces faits, le bandage amidonné fut appliqué pour une fracture de la jambe, et quatre ou cinq jours après le membre fut trouvé atteint d'une violente inflammation avec phlictènes ; dans le second cas, la compression de l'appareil détermina la gangrène.» C'est une grave erreur que d'attribuer à la méthode, des accidents qui, dans les faits dont il s'agit, étaient évidemment le résultat d'une compression mal faite et d'une fausse appréciation des principes de la méthode. La dureté du bandage amidonné est un des avantages qui le distinguent des bandages non solidifiables, car c'est elle qui sert à maintenir les fragments dans une position exacte, immuable, comme des faits multipliés l'ont prouvé, et tient ainsi lieu de puissance extensive. Quant à sa mollesse dans l'origine de son application, loin de nuire, comme le pense l'auteur, elle est utile, parce qu'elle permet aux moyens extensifs et contre-extensifs d'agir au degré convenable, pendant qu'en se desséchant des forces accessoires assurent sa solidité. Le dynamomètre qui sert à apprécier le degré convenable de compression, c'est le ruban de fil que, dans la méthode amovo-inamovible, on place entre la surface du membre et le bandage, et qui, par son glissement plus ou

moins facile, indique si l'appareil peut rester en place ou s'il faut en faire la section. L'auteur ignore cette précaution, comme il paraît ne pas comprendre le véritable mode d'action du bandage amidonné. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet ; mais nous prévenons que notre intention n'est pas de discuter avec l'auteur les propriétés du bandage de M. Seutin ; nous voulons rétablir les faits mal interprétés, rien de plus.

Pour éviter les inconvénients qu'il reproche à la compression circulaire de l'appareil amidonné et autres, compression *toujours inégale et qui gêne la circulation capillaire,* l'auteur a imaginé un appareil qui comprime *longitudinalement,* non par des doloires, mais par des attelles protégées par des coussinets, et permettant de laisser, pendant les premiers jours, une face du membre à découvert, soit *pour moins gêner la circulation,* soit pour pouvoir observer ce qui se passe. Ces attelles, assez épaisses pour résister à une certaine pression, et assez malléables pour se mouler à la forme de la partie sur laquelle on les applique, sont en bois mince ou en plomb, d'un pouce de largeur au plus et ne dépassant pas en longueur celle de l'os brisé. Réunies à chacune de leurs extrémités, par une ficelle passée dans des trous pratiqués à cet effet, elles forment ainsi un appareil qui enveloppe toute la circonférence du membre, et auquel on peut, au besoin, pratiquer une fenêtre. Pour les fractures de la cuisse, l'auteur combine cet appareil avec le double plan incliné de Ch. Bell, ou de Delpech, ou avec la planchette de Sauter, qu'il lui associe. « On voit, dit-il, qu'on peut en rapprocher à volonté les attelles, en faire autour du membre un grillage, et enfin une sorte de moule d'autant plus utile qu'il s'ouvre à volonté, et d'autant plus efficace que la compression qu'il détermine, étant longitudinale et interrompue, ne gênerait pas du tout la circulation. Cet axiome que nous posons le premier comme loi dans la science, est facile à vérifier, et il est d'autant plus important qu'on s'en convainc, qu'il

concilie une force très-utile pour maintenir l'immobilité des fragments avec une des indications les plus capitales qu'il nous soit donné de respecter, de ne pas gêner la circulation normale ou pathologique. »

Nous avouons ne pas comprendre la théorie de l'auteur en ce qui concerne la propriété de son appareil, de ne pas gêner la circulation. Nous ne concevons pas, au point de vue physiologique, comment il se fait qu'une compression longitudinale exercée par ses attelles soit plus favorable qu'une compression circulaire, uniforme, s'appliquant à toute la surface du membre. Évidemment, dans ce dernier cas, la circulation se fait partout avec facilité, et de plus, on remarque que l'absorption des fluides épanchés s'opère beaucoup plus promptement. Les attelles, au contraire, ne compriment que les points avec lesquels elles sont en contact; les espaces qu'elles laissent entre elles restant libres, doivent nécessairement se gonfler pour peu que la pression soit assez forte pour assujettir les coussins sur lesquels elles reposent. En ne donnant aux attelles que la longueur de l'os brisé, les parties du membre situées au-dessous et restées à découvert, ne devront-elles pas aussi s'épanouir, se gonfler plus ou moins? Mais revenons à l'appareil de l'auteur.

Combinant ensemble les quatre puissances dynamiques dont il a été question plus haut, la striction, l'extension et la contre-extension directes, la juxta-position et l'extension indirecte ou réfléchie, il est arrivé à construire un appareil assez compliqué, qu'il appelle *glossocôme* (1), et dans lequel les forces que nous venons de rappeler peuvent être mises en jeu isolément, ou conjointement, ou alternativement suivant les indications, mais toujours instantanément. Nous n'essaierons pas de décrire cet appareil, qui se trouve figuré dans

(1) Galien parle d'un *Glossocôme* pour l'extension permanente de la cuisse. (*Methodus medendi*, lib. VI.)

le Mémoire (page 78); nous dirons seulement qu'il présente le système d'attelles ci-dessus indiqué, et que l'extension, directe ou indirecte, s'exécute au moyen d'une vis de rappel, qui, pour nous, est une force aveugle dont on ne peut pas toujours graduer au juste l'action. C'est là un défaut qui le fait rentrer dans la catégorie des autres machines, dont l'auteur lui-même fait la critique. A l'en croire, cependant, son appareil seul, présente les conditions voulues pour obtenir une bonne coaptation, maintenir les fragments dans l'immobilité et remplir les diverses indications exigées dans le traitement des fractures, simples et compliquées. Dans ces dernières, et même dans les fractures comminutives, la compression telle qu'il l'emploie, serait utilisée pour servir au maintien des fragments, favoriser la résolution de l'engorgement des fluides épanchés, renouveler les pansements et appliquer les topiques jugés nécessaires, sans pour cela déranger l'action de l'appareil.

La seconde partie du Mémoire traite des appareils pour les fractures des extrémités, en particulier. L'auteur s'occupe successivement des fractures du fémur, de la rotule, des os de la jambe, du calcanéum, de l'humérus, de la clavicule, de l'omoplate, des os de l'avant-bras et de la main. Il rejette tous les bandages et appareils connus, pour leur substituer son glossocôme, qu'il modifie selon le cas : ainsi, il a son *glossocôme pelvien,* qu'il met dans la position rectiligne ou sur un double plan incliné, suivant l'indication, et qu'il dispose différemment selon l'os ou la partie de l'os brisé du membre inférieur; il a son *glossocôme brachial,* ou *anti-brachial,* et un autre pour la clavicule, agissant tantôt par l'extension directe, tantôt par l'extension indirecte.

L'ouvrage est terminé par des conclusions générales, qui sont le résumé de la doctrine exposée par l'auteur.

Nous ne terminerons pas l'analyse de ce Mémoire, sans présenter quelques observations concernant l'appréciation par trop erronée que l'auteur fait de l'appareil amovo-

inamovible, qu'il semble avoir plus particulièrement pris à tâche de critiquer. Nous avons déjà relevé l'erreur qu'il commet en parlant de la compression exercée par le bandage amidonné, compression que, suivant lui, le chirurgien ne peut pas porter au degré convenable, parce que sa main n'est pas un dynamomètre assez précis pour savoir la contenir dans de justes limites. A notre tour, nous pourrions lui demander quelle est la main qui préside à la striction qu'il opère au moyen des courroies dont est muni son appareil ; quel est le dynamomètre qui précise le degré d'extension opérée par son glossocôme? Il nous répondrait, apparemment, que la douleur occasionnée par la machine à extension, sera aussitôt modérée en détournant un pas de vis; que la striction exercée par les courroies, sera diminuée en ayant la précaution de les relâcher et de les garnir intérieurement avec du coton. Mais l'auteur de la méthode amovo-inamovible ne fait pas autrement : le membre fracturé est surveillé, et pour peu qu'un accident se déclare, qu'un soupçon vienne éveiller l'attention du chirurgien, la partie lésée est mise à découvert avec une facilité et une innocuité dont l'auteur du Mémoire ne paraît pas se douter.

Dans le chapitre III, intitulé : « Quelles sont les exigences que l'indication de tenir les fragments dans l'immobilité, apporte au traitement des fractures? » nous lisons : « C'est ici surtout que l'appareil inamovible réclame la prééminence, puisqu'il prétend faire lui seul un même tout avec le membre ; c'est aussi ici que nous devons examiner ses prétentions avec soin. » Les objections de l'auteur se résument ainsi: «Le bandage amidonné manque son effet dynamique précisément au moment qu'il serait le plus indispensable; en effet, il n'agit que par striction, et ce n'est que lorsque cette striction peut être dangereuse qu'il l'exerce avec puissance, et il perd la faculté de l'exercer plus tard pendant le travail de l'effectuation du cal. C'est sur l'inamovibilité que devaient reposer les plus grands avantages du bandage

amidonné ; or, si vous soumettez le membre à des pansements, vous l'exposez, comme dans les autres appareils, à des mouvements, aux effets de la maladresse des aides. Bien plus : êtes-vous certain qu'en ajoutant des liens circulaires qui fassent chevaucher vos valves à mesure que le membre diminue d'épaisseur, vous abritiez entièrement votre appareil incisé du défaut des inamovibles ? Il s'en faut, car les chairs s'amaigrissant, l'appareil conservera toujours la figure de son moule primitif, tandis que sa dureté particulière pourra vous tromper sur le degré de striction que vous croirez donner. Vous croirez serrer vos liens sur le membre, que vous ne les serrerez que sur l'appareil. »

Rien n'est plus facile que de prouver que l'auteur a mal compris la méthode amovo-inamovible ; sans entrer dans aucune discussion à cet égard, nous croyons ne pas dépasser les limites de notre tâche, en rétablissant les faits sous leur véritable jour.

Et d'abord, quelle est la signification de ce mot : *striction ?* L'auteur entend-t-il par là tout bandage qui comprime de manière à produire un étranglement quelconque, ou bien veut-il désigner ce que nous appelons simple contention ? Il y a entre ces deux états une différence extrême : si la compression est portée trop loin, elle devient dangereuse ; tandis que la simple contention ou compression contentive, ne peut occasionner aucun accident. C'est ce dernier mode qui constitue un des principes de la méthode amovo-inamovible, et à lui seul il maintient les muscles dans l'inaction, et les fragments dans l'immobilité.

L'appareil amidonné n'exclut point les moyens extensifs et contre-extensifs, lorsque leur opportunité est reconnue, et ces moyens n'agissent pas, comme l'auteur le croit, sur l'appareil seul, qu'ils *déchirent* et *tiraillent,* mais ils s'appliquent aux extrémités du membre, et la traction peut toujours s'opérer, quelle que soit la solidité du ban-

dage, quand sa dureté n'est pas suffisante pour opérer par elle-même les deux mouvements en sens contraires. L'appareil ne peut pas non plus être considéré comme inamovible, car, tout le monde ici le sait, il est à la fois amovible et inamovible, et c'est là un de ses brillants avantages. Une simple section longitudinale faite à sa coque, lui donne ces qualités; ses valves peuvent alors facilement s'écarter, s'ouvrir, sans pour cela déranger la coaptation, et exercer ensuite par leur rapprochement, une compression plus forte ou plus faible; une bande amidonnée appliquée autour de l'appareil, suffit pour rendre à celui-ci son inamovibilité. Tout cela se fait sans imprimer la moindre secousse au membre ni aux fragments, et jamais les malades n'expriment la moindre souffrance pendant les pansements. C'est donc une erreur de dire, que le bandage amidonné exerce une striction puissante qui peut être dangereuse, et qu'il perd la faculté de l'exercer plus tard pendant la formation du cal, puisqu'on peut à volonté le relâcher ou augmenter son action compressive.

« Enfin, dit l'auteur, l'appareil provisoire est venu se poser comme conciliateur et a cru terminer le procès entre les appareils amovibles et inamovibles..... Mais c'est anéantir tout d'un coup les appareils solidifiables. Comment! vous voulez conserver un appareil qui en exige un autre *pendant la première moitié du traitement!* Comment! vous osez, lorsque votre malade repose tranquillement, assurément dans son bandage, lui en substituer un autre qui n'est nullement indispensable, et tout simplement pour le bon plaisir de le lui appliquer! Mais pour que ce nouveau bandage n'ait pas les inconvénients que nous avons signalés, êtes-vous bien sûr que l'amaigrissement du membre est arrivé à un point suffisant? Ne craignez-vous pas qu'il augmente encore beaucoup, et que le vide que vous avez voulu éviter, existe de même? »

L'auteur prouve encore ici qu'il ne comprend pas

bien la méthode de M. Seutin. Lorsque notre collègue fit connaître son bandage, il eut soin de dissiper toutes les craintes et de rassurer les consciences les plus timorées, en apportant à l'appui de sa doctrine une collection imposante de faits. Mais il arriva, comme il arrive toujours quand il s'agit de réforme médicale, que l'innovation qu'il introduisait dans la thérapeutique des ruptures osseuses, rencontra beaucoup d'obstacles. Les uns adoptèrent la méthode, les autres en approuvèrent les principes, mais changèrent ou modifièrent les procédés d'application. Parmi ces derniers, il en est qui emploient d'abord un appareil d'attente ou provisoire, et n'ont recours au bandage amidonné qu'après la cessation des premiers accidents inflammatoires. C'est à ces praticiens que les reproches de l'auteur du Mémoire peuvent s'adresser, et non à la méthode amovo-inamovible, qui ne veut qu'un seul et même appareil pendant toute la durée du traitement, à moins de circonstances toutes particulières.

Nous bornerons là nos observations concernant l'opinion énoncée par l'auteur sur le bandage amidonné, dont nous ne voulons pas ici discuter le mérite ; notre seul but était de montrer que l'appréciation qui en est faite dans le travail dont nous venons de vous entretenir, ne repose pas sur des données exactes.

En résumé, Messieurs, le Mémoire n° 2, ayant 132 pages in-folio, est bien écrit, et l'auteur a exposé sa doctrine d'une manière très-lucide. Mais, nous devons le dire, cette doctrine, toute brillante qu'elle est, ne repose sur aucun fait pratique. C'est une théorie séduisante savamment développée, qui n'a pas pour elle la sanction de l'expérience. Perdant de vue le texte de la question proposée par l'Académie, l'auteur a négligé de faire l'appréciation des divers traitements en usage, telle qu'on la lui demandait, pour ne s'occuper que d'un appareil qui a le tort d'être trop mécanique et d'être dirigé par des forces mortes qu'il n'est pas donné au praticien de graduer convenablement. Nous devons regretter qu'avec

l'érudition et les connaissances pratiques dont il a fait preuve, il n'ait pas cru devoir se renfermer dans les termes du programme pour traiter la question comme elle méritait de l'être, au lieu de se livrer à des discussions spéculatives tendant à démontrer la supériorité du nouveau moyen qu'il propose.

CONCLUSIONS.

Il résulte de l'examen auquel nous nous sommes livrés, qu'aucun des deux Mémoires dont nous venons de vous présenter l'analyse, ne renferme une solution satisfaisante de la question proposée.

Le travail coté n° 1, laisse beaucoup à désirer, ainsi que nous l'avons suffisamment démontré. Bien qu'il énumère avec soin les divers traitements successivement proposés dans les fractures, l'auteur ne s'attache pas assez à faire ressortir leur utilité, et à indiquer ceux qui doivent mériter la préférence. Il reconnaît à chacun de ces moyens des avantages plus ou moins grands, mais il ne se prononce pour aucun. Au lieu de décrire les divers appareils pour en discuter la valeur thérapeutique, il nous semble que l'auteur eût mieux fait, pour rester dans les termes de la question, d'examiner les méthodes de traitement en usage, et d'en faire une appréciation raisonnée, pour déterminer ensuite celles qui offrent le plus de chances de succès. Nous avons signalé dans ce travail des lacunes importantes à remplir et des erreurs palpables, et nous avons exprimé le regret qu'il fût écrit avec beaucoup de négligence. A part ces défauts, nous avons reconnu que c'était une assez bonne monographie des moyens successivement mis en usage dans la thérapeutique des ruptures osseuses, mais dans laquelle il n'est tenu aucun compte des travaux publiés en Belgique sur ce point important de la chirurgie.

Le Mémoire n° 2, remarquable par la simplicité et la clarté du langage, ne répond pas directement à la

question, ainsi que nous l'avons déjà dit, et que vous aurez pu vous en convaincre, Messieurs, par l'analyse que nous en avons faite. L'auteur s'est borné à faire l'histoire critique des diverses méthodes de traitement des fractures, pour en proposer une nouvelle dont il est l'inventeur, méthode qu'il développe avec beaucoup de talent, mais qui ne repose sur aucun fait pratique.

Si les concurrents sont restés loin du but que l'Académie s'était proposé d'atteindre, il faut peut-être l'attribuer à ce que la question n'a pas été formulée en termes assez clairs et précis pour ne pas se méprendre sur le sens et la portée qu'il fallait lui donner. C'est l'idée que nous nous sommes formée par la lecture attentive des deux Mémoires dont nous venons de vous rendre compte, et nous pensons que si la question avait été bien comprise, elle eût été traitée d'une manière plus convenable.

Votre Commission, Messieurs, a l'honneur de soumettre à votre approbation les propositions suivantes :

1° Il n'y a pas lieu à décerner le prix ;

2° La question offrant, dans l'état actuel de la science, un grand intérêt pour la pratique, sera maintenue au concours pour 1849.

Si vous adoptez ces conclusions, Messieurs, nous estimons qu'il conviendrait, pour ne pas donner lieu à de fausses interprétations sur le véritable sens de la question, de la rédiger en ces termes :

« Exposer les diverses méthodes de traitement en usage dans les fractures des membres ; discuter leurs avantages et leurs inconvénients, en faire l'appréciation raisonnée, et établir, par la théorie et l'expérience, quelle est celle qui doit obtenir la préférence. »